ТЕОРИИ РАЗВИТИЯ БОЛЕЗНИ, ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ И ДИАГНОСТИКА

В настоящее время общепринятой является стресс-диатезная модель происхождения шизофрении, в которой находит отражение представление о значении в развитии болезни не только наследственного, но и средовых, в т. ч. социальных, факторов. В случае наличия болезни у одного из родителей риск заболевания шизофренией у детей составляет 10 %, при болезни у обоих родителей – достигает 40 %. В качестве факторов, провоцирующих возникновение заболевания, могут выступать отклонения в развитии головного мозга, явления диатеза с личностной уязвимостью, при наличии которых психосоциальные стрессовые факторы могут приводить к прогрессирующему процессу, проявляющемуся психопатологической симптоматикой.

В основе получившей широкое признание нейрохимической концепции патогенеза шизофрении лежит нарушение обмена нейромедиаторов, в частности дофамина, в головном мозге. В последнее время особое внимание также уделяется роли глутаматергической системы в развитии патологического процесса.

Изучение механизмов, лежащих в основе развития шизофрении, не прекращается. Ученые высказывают все новые предположения на этот счет. Несмотря на то, что специфических тестов на основе биологических маркеров для диагностики шизофрении не существует, в процессе исследования болезни накапливаются нейровизуализационные данные в пользу так называемой гипофронтальности – снижения функциональной активности и обменных процессов в передних отделах головного мозга у больных шизофренией. Как правило, эти явления усугубляются по мере течения заболевания.

Помимо локальных нарушений, некоторые исследователи обращаются к анализу нарушений функциональных и структурных связей, которые также могут являться признаком шизофрении. В одном из исследований ученые проанализировали структуру белого вещества мозга людей с шизофренией и обнаружили обширные нарушения диффузии белого вещества в различных отделах их мозга.

Одна из новых теорий свидетельствует о взаимосвязи развития шизофрении и недостатка сна и возвращает нас к тем временам, когда сон использовали в качестве лекарства от этой болезни. Высказывается предположение, что в развитии заболевания одну из главных ролей может играть кинуреновая кислота, представляющая собой нейроактивный метаболит кинуренина, который образуется в головном мозге.

Показано, что люди с шизофренией имеют более высокий уровень кинуреновой кислоты в мозге, чем обычно, что может быть связано с некоторыми симптомами, наблюдаемыми при этой болезни. В свою очередь, содержание кинуреновой кислоты в мозге повышается при лишении сна.

Диагноз шизофрении устанавливается на основании критериев Международной классификации болезней (МКБ-10. Психические и поведенческие расстройства). При этом для его постановки необходимо наличие как минимум одного четкого симптома (или двух менее отчетливых симптомов), принадлежащего к перечисленным ниже признакам 1–4, или двух симптомов, относящихся к признакам 5–9, которые должны отмечаться на протяжении не менее одного месяца. Среди таких проявлений:

1. Эхо мыслей, вкладывание или отнятие мыслей, их трансляция (открытость).

2. Бред воздействия, влияния или овладения, относящийся к движениям тела или конечностей или к мыслям, действиям или ощущениям; бредовое восприятие.

3. Галлюцинаторные голоса, комментирующие поведение больного или обсуждающие его между собой; другие типы галлюцинаторных голосов, исходящих из какой-либо части тела.

4. Стойкие бредовые идеи другого рода, которые неадекватны для данной социальной культуры и не имеют рационального объяснения по своему содержанию.

5. Постоянные галлюцинации любой сферы, которые сопровождаются нестойкими или не полностью сформированными бредовыми идеями без четкого эмоционального содержания, или постоянные сверхценные идеи, которые могут появляться ежедневно в течение нескольких недель.

6. Прерывание мыслительных процессов или вмешивающиеся мысли, которые могут привести к разорванности или разноплановости в речи, а также неологизмы.

7. Кататонические расстройства, такие как недифференцированное, иногда стереотипное возбуждение, импульсивные действия, застывания или восковая гибкость, негативизм, мутизм и ступор; возможны утрированная манерность, гримасничанье.

8. Негативные симптомы, такие как выраженная апатия, бедность речи, сглаженность или неадекватность эмоциональных реакций, что обычно приводит к социальной отгороженности и снижению социальной продуктивности; эти признаки не обусловлены депрессией или лекарственной нейролепсией.

9. Значительное последовательное качественное изменение поведения, что проявляется утратой интересов, нецеленаправленностью, бездеятельностью, самопоглощенностью и социальной аутизацией.

Для диагностики применяются следующие методы:

1.Клинико-анамнестическое обследование.

2.Патопсихологическое исследование.

3.Инструментальные и лабораторные методы — Нейротест и Нейрофизиологическая тест-система

Клинико-анамнестическое обследование проводит психиатр на приеме. Он выявляет симптомы, явные и скрытые, фиксирует жалобы человека и уточняет причины расстройства. Хотя шизофрения начинается из-за нарушения связей между нервными клетками, внешние конфликты и тяжелые ситуации (перегрузки, стрессы) могут утяжелять болезнь и затягивать выздоровление.

Нейротест  — это анализ определенных маркеров (показателей) воспаления в крови, уровень которых находится в прямой пропорциональности с тяжестью состояния. Для исследования необходимо несколько капель капиллярной крови (из пальца). Анализ помогает подтвердить диагноз в сомнительных случаях и показывает, насколько эффективно лечение. Так врач может при необходимости оперативно назначить другой препарат.

Нейрофизиологическая тест-система — это исследование реакций человека на определенные раздражители, свет и звук. По движению глаз, по скорости ответа и тому, насколько показатели человека отклоняются от нормативных, врач выносит заключение. НТС может точно подтвердить диагноз, в отличие от ЭЭГ при шизофрении.

Патопсихологическое исследование шизофрении. Это серия тестов на логику, внимание, память, решение задач, вопросы, которые касаются эмоциональной и волевой сферы. Оно бывает кратким и развернутым. Диагноз не ставится на основании этого исследования,но его заключение важно для дифференциальной диагностики с другими психическими заболеваниями.

Согласно МКБ-10, выделяют несколько форм шизофрении: параноидную, гебефреническую (гебефренная), кататоническую, недифференцированную и простую, которые различаются по своим проявлениям. Кроме того, возможны различные типы течения заболевания: непрерывный, эпизодический с нарастающим дефектом, эпизодический со стабильным дефектом, эпизодический ремитирующий.

Клинические проявления обострения (приступа) шизофрении сводятся к манифестации или усилению продуктивной психопатологической симптоматики в виде бреда, галлюцинаций, нарушений мышления, часто сопровождающихся страхом, тревогой, нарастающими изменениями поведения, различными видами психомоторного возбуждения, кататонической и гебефренической симптоматикой. Зачастую у больного возникают суицидальные мысли и поступки. В зависимости от выраженности нарушений, обострения (приступы) могут купироваться во внебольничных (при сохранении относительно упорядоченного поведения и отсутствии опасных для самого больного и окружающих тенденций) или стационарных условиях (при выраженности и остроте психопатологических расстройств, грубом нарушении социально приемлемых форм поведения, опасности для себя или окружающих).

Список использованной литературы

1. Стойчев К. и соавт. Нейролептики в лечении шизофрении (обзор литературы). Человек. Спорт. Медицина, 2016, 16(3): 25–36.

2. Шизофрения. Информационный бюллетень ВОЗ. 2016, апр.

3. Иванов М.В., Костерин Д.Н. Эффективность антипсихотической терапии препаратами пролонгированного действия у больных шизофренией в долгосрочной перспективе. Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2017, 3(96): 84–91.

4. Клинические рекомендации. Диагностика и лечение шизофрении. М., 2014.

5. Арушанян Э.Б., Попов А.В., Попова А.П. Антипсихотические средства: методическое пособие для студентов. Ставрополь: изд-во СтГМУ, 2016. 80 с.

6. Юлия ПРОЖЕРИНА, к.б.н., «Ремедиум» «Современный взгляд

на проблему шизофрении» 2018 год